

THÈSE

POUR LE

415

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Eustasio P. FARINAS

Né le 29 Mars 1908, à Camajuani (Cuba).

Le Traitement de la Maladie de Nicolas-Favre

Travail du service de M. le Docteur Paul RAVAUT

Président : M. RATHÉRY, Professeur.

LES ÉDITIONS VÉGA
175, Boulevard Saint-Germain, 175
PARIS
1934

THÈSE

POUR LE

DOCTORAT EN MÉDECINE

(Diplôme Universitaire)

PAR

Eustasio P. FARINAS

Né le 29 Mars 1908, à Camajuani (Cuba).

Le Traitement de la Maladie de Nicolas-Favre

Travail du service de M. le Docteur Paul RAVAUT

Président : M. RATHÉRY, Professeur.

LES ÉDITIONS VÉGA
175, Boulevard Saint-Germain, 175
PARIS
1934



FACULTÉ DE MEDECINE DE PARIS

LE DOYEN. M. ROUSSY.

I. — PROFESSEURS

	MM.
Anatomie	ROUVIÈRE.
Anatomie médico-chirurgicale et chirurgie expérimentale	PROUST .
Physiologie	BINET.
Physique médicale	STROHL.
Chimie médicale	DESGREZ.
Bactériologie.	DEBRÉ.
Parasitologie et histoire naturelle médicale.	BRUMPT.
Pathologie et thérapeutique générales.	BAUDOUIN.
Pathologie médicale	CLERC.
Pathologie chirurgicale	CHEVASSU.
Anatomie pathologique	ROUSSY.
Histologie	CHAMPY.
Pharmacologie et matière médicale.	TIFFENEAU.
Thérapeutique	LOÉPER.
Hygiène et médecine préventive	TANON.
Médecine légale.	BALTHAZARD.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.	LAIGNEL-LAVASTINE.
Pathologie expérimentale et comparée.	FIESSINGER.
Hydrologie thérapeutique et climatologie.	Maurice VILLARET

Clinique médicale	ACHARD.
	BEZANÇON.
	CARNOT.
	Marcel LABBÉ.
Hygiène et clinique de la première enfance.....	LEREBoulLET.
Clinique des maladies des enfants.....	NOBÉCOURT.
Clinique des maladies mentales et des maladies de l'encéphale.	H. CLAUDE.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques..	GOUGEROT.
Clinique des maladies du système nerveux.....	GUILLAIN.
Clinique des maladies infectieuses.....	LEMIERRE.
	CUNÉO.
Clinique chirurgicale	GOSSET.
	GRÉGOIRE.
	LENORMANT.
Clinique ophtalmologique	TERRIEN.
Clinique urologique.....	MARION.
	BRINDEAU.
Clinique d'accouchements	COUVELAIRE.
	JEANNIN.
Clinique gynécologique	J.L. FAURE.
Clinique chirurgicale infantile et orthopédie.....	OMBRÉDANNE.
Clinique thérapeutique médicale.....	RATHERY.
Clinique oto-rhino-laryngologique	LEMAITRE.
Clinique thérapeutique chirurgicale.....	Pierre DUVAL.
Clinique propédeutique	SERGENT.
Clinique de la tuberculose.....	Léon BERNARD.
Clinique chirurgicale et orthopédique de l'adulte.	MATHIEU.
	HOVELACQUE.
Professeur sans chaire	MULON.
	OLIVIER.
	VERNE.

II. — AGREGES EN EXERCICE

MM.

ALAJOUANINE. .	Neurologie et Psychiatrie.
BÉNARD (H.)..	Pathologie médicale.
BERNARD (E.)..	Pathologie médicale.
BOULIN	Pathologie médicale.
BROCQ	Pathologie chirurgicale.
BULLIARD	Histologie.
CATHALA.	Pathologie médicale.
CHABROL	Pathologie médicale.
CHEVALLIER ..	Pathologie médicale.
DOGNON.	Physique.
DONZELOT. . .	Pathologie médicale.
FEY.	Urologie.
GALLIARD	Parasitologie.
GASTINEL	Bactériologie.
GATELLIER. . .	Pathologie chirurgicale.
DE GAUDART D'ALLAINES..	Pathologie chirurgicale.
GAYET	Physiologie.
GIROUD.	Histologie.
HAGUENAU	Pathologie médicale.
HALPHEN	Oto-rhino-laryngologie.
HAZARD	Pharmacologie.
HUGUENIN. . .	Anatomie pathologique.
JOANNON	Hygiène.
LABBÉ (Henri).	Chimie biologique.
LACOMME	Obstétrique.
LANTUÉJOUL ..	Obstétrique.

MM.

LAROCHE (Guy)	Pathologie médicale.
LEMAIRE	Pathologie expérimentale.
LEVEUF	Pathologie chirurgicale.
M ^{lle} J. LÉVY ..	Pharmacologie.
LÉVY-VALENSI .	Neuro-psychiatrie.
MOREAU.	Pathologie médicale.
MOULONGUET. .	Pathologie chirurgicale.
MOUQUIN	Pathologie médicale.
OBERLING	Anatomie pathologique.
PETIT-DUTAILLIS.	Pathologie chirurgicale.
PIÉDELIÈVRE ..	Médecine légale.
PORTES	Obstétrique.
QUÉNU	Pathologie chirurgicale.
RICHET	Physiologie.
SANNIÉ	Chimie biologique.
SÉNÈQUE	Pathologie chirurgicale.
SÉZARY	Dermatologie et syphiligraphie.
TROISIER	Pathologie expérimentale.
TURPIN	Pathologie médicale.
VALLERY-RADOT (Pasteur) ..	Pathologie médicale.
VELTER	Ophthalmologie.
VIGNES	Obstétrique.
WILMOTH	Pathologie chirurgicale.

III. — AGREGES RAPPELES A L'EXERCICE

pour le Service des Examens

MM.

ALGLAVE	Pathologie chirurgicale.
BUSQUET	Pharmacologie.
CHAILLEY-BERT	Physiologie.

MM.

LEROUX.	Anatomie pathologique.
NEVEU-LEMAIRE	Parasitologie.
ZIMMERN	Physique.

IV. — AGREGES CHARGES DE COURS DE CLINIQUE ANNEXE

à titre permanent

MM.		MM.	
AGRAMI	Clinique médicale.	JADENAT	Clinique chirurgicale. (suite)
AUBERTIN		HEITZ-BOYER..	
BRULE		MOCQUOT	
CHIRAY		MOURE	
DUVOIR		SCHWARTZ	
HARVIER		GUÉNIOT.	Clinique obstétricale.
LIAN		LE LORIER....	
		LEVY-SOLAL ..	
RASSET	Clinique chirurgicale.	METZGER	

V. — CHARGES DE COURS

CHAILLEY-BERT, agrégé	Education physique.
FREY	Stomatologie.
LEDoux-LEBARD	Radiologie clinique.
WEIL-HALLÉ.	Puériculture.

Par délibération en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PERE ET A MA MERE

Bien faible hommage de reconnaissance pour leur tendresse infinie et pour les sacrifices constants qu'ils se sont imposés.

A MES FRERES ET SŒURS

A MON BEAU-FRERE ET MA BELLE-SŒUR

A MA FIANCEE

A TOUTE MA FAMILLE

A MES AMIS

A NOTRE PRESIDENT DE THESE

Monsieur le Professeur RATHERY

Membre de l'Académie de Médecine

Professeur de Clinique à la Faculté de Médecine

Médecin de la Pitié

Officier de la Légion d'Honneur

*qui nous a fait le grand hon-
neur d'accepter la prési-
dence de cette thèse.*

*Hommage respectueux de no-
tre vive gratitude.*

A NOTRE MAITRE

Monsieur le Docteur Paul RAVAUT

Membre de l'Académie de Médecine

Médecin de l'Hôpital Saint-Louis

Officier de la Légion d'honneur

*qui nous a inspiré ce travail et
qui nous a témoigné tant de
bienveillance.*

*Hommage de notre respec-
tueuse affection et de no-
tre profonde gratitude.*

A MES MAITRES DANS LES HOPITAUX

Monsieur le Docteur RAVAUT

Monsieur le Docteur M. FERRAND

Médecin assistant à l'Hôpital Saint-Louis

Monsieur le Professeur agrégé J. CATHALA

Monsieur le Professeur GUILLAIN

Monsieur le Professeur COUVELAIRE

Monsieur le Professeur CLAUDE

Monsieur le Professeur agrégé LEVY-VALENSI

Monsieur le Professeur TERRIEN

Monsieur le Professeur LEGUEU

Monsieur le Professeur LEMAITRE

Monsieur le Docteur RAMOND

Monsieur le Docteur MILIAN

Monsieur le Professeur Agrégé SEZARY

Monsieur le Professeur Agrégé SENEQUE

A Monsieur Jean SALLET

Interne des Hôpitaux

*En remerciement pour l'aide qu'il
nous a apportée dans l'élabo-
ration de ce travail.*

HISTORIQUE

La description fondamentale de la maladie a été faite en 1913, par les auteurs lyonnais Durand, Nicolas et Favre, dans une mémorable communication à la Soc. Méd. des Hôp. de Paris, sous le nom de *lymphogranulomatose inguinale subaiguë d'origine génitale probable, peut-être vénérienne*. Si Chassaignac en 1859, Velpeau en 1865, ont soupçonné l'existence de cette affection, si Nélaton en 1890 et peu après son élève L'Hardy, en 1894, en ont décrit un caractère important: l'abcès intraganglionnaire; si Brault, en 1907, l'a rapproché des bubons climatiques, si Lejars, en 1894, l'a décrite sous le nom de *bubon strumeux de l'aîne*, qu'il croit être d'origine tuberculeuse, et Marion et Gandy décrivent dans les lésions des cellules géantes en 1901, et croient pouvoir affirmer ainsi l'origine bacillaire, ce sont les auteurs lyonnais qui, s'appuyant sur des observations cliniques, des recherches histologiques, ont eu le mérite d'isoler avec une sagacité remarquable cette affection. Peu après, leur élève Gaté lui consacrait une très belle thèse.

Vers la même époque, un auteur allemand, Roet, émet l'hypothèse de l'origine vénérienne du bubon climatique, que Muiller et Juste confirment, en décrivant le chancre génital d'inoculation. Puis la guerre fit abandonner son étude pour n'être reprise qu'en 1921 par différents auteurs. M. Ravaut et M^{re} Scheikevitch, dans deux communications à la *Soc. Méd. des Hôp.* (mars et juin 1921) montraient pour la première fois que la Maladie de Nicolas-Favre se trouve dans la région parisienne.

L'école lyonnaise, dans la thèse de Phylactos (1922), élève de Favre, affirme l'identité des deux affections.

En 1924, MM. Ravaut, Boulin et Rabeau affirment que la Maladie de Nicolas-Favre (par la fièvre qui l'accompagne, l'extension à d'autres ganglions extra-inguiniaux, les rechutes éloignées, les modifications du sang, etc.) est une infection générale, et lui donnent le nom de *poradénolymphite suppurée bénigne à forme septicémique*. En même temps, inaugurant l'étape biologique, ces auteurs obtiennent le premier résultat expérimental: apparition chez le cobaye de ganglions inguinaux après injection sous-cutanée du pus lymphogranulomateux.

En 1925, Frei, de Breslau, découvre une réaction d'allergie cutanée d'une spécificité presque absolue et d'un intérêt pratique considérable: cette constatation ouvrit la voie à toute une série de recherches portant sur les humeurs de ces malades. Puis, ensuite, en 1930,

Hellerström et Wassen montraient que l'inoculation du pus ganglionnaire dans le cerveau du singe déterminait des lésions particulières, inoculables en série: elles ont permis de mettre en évidence l'existence et les propriétés spéciales d'un virus invisible qui, jusqu'alors, n'ayant pu être cultivé *in vitro*, ne peut être conservé que par les passages successifs sur le singe et quelques autres animaux.

C'est la découverte de ces faits extrêmement importants qui a permis l'étude biologique de la maladie; ils en ont démontré l'autonomie, ils ont été le point de départ d'une foule de recherches qui ont permis le diagnostic rapide, certain et servent de base à l'étude d'une thérapeutique spécifique.

Levaditi, Ravaut et leurs collaborateurs, dans une série de publications parues entre 1932 et 1933, ont repris ces travaux tout d'abord par l'expérimentation sur le singe: ils ont confirmé les conclusions des auteurs suédois, précisé l'histopathologie des lésions expérimentales, étudié les réactions de l'animal à la maladie et aux divers modes d'introduction du produit pathologique. Ils ont vérifié le pouvoir virulicide du sérum des malades et des animaux infectés par le virus de la maladie. Surtout ces auteurs ont établi une méthode de recherches qui permet d'apporter la preuve biologique de la nature lymphogranulomateuse de certaines lésions ano-recto-génitales; il était en effet impossible d'inoculer directement au singe les fragments

de muqueuse rectale infectée. Alors, en se basant sur l'expérience princeps faite par MM. Ravaut, Boulin et Rabeau en 1924, ils injectèrent ces fragments au cobaye dans la région inguino-abdominale. L'adénopathie inguinale apparut rapidement et on préleva ces ganglions, qui ne contenaient plus que le virus lymphogranulomateux, pour être injecté au singe. Pour vérifier ensuite la nature lymphogranulomateuse des lésions cérébrales provoquées chez le singe, ces auteurs préparent un antigène avec le cerveau broyé et l'injectent dans le derme des malades atteints de Maladie de Nicolas-Favre et de témoins. Cet antigène a été employé également pour pratiquer une hémoréaction (Ravaut et Maisler) de grand intérêt au point de vue du diagnostic. On l'a employé aussi dans le traitement de la Maladie.

En 1932, Findley a donné la comprobation biologique de l'identité du bubon climatique et de la Maladie de Nicolas-Favre, d'abord par des inoculations positives, chez le singe, en partant du bubon climatique et ensuite en neutralisant le virus lymphogranulomateux par le sérum des malades atteints de bubon climatique.

Depuis ces travaux essentiels, les recherches se sont multipliées et ont permis d'isoler nombre de formes inguinales atypiques, ainsi que des formes aberrantes.

a) *Formes ano-recto-génitales;*

b) D'autres formes aberrantes: *forme cervicale,*

forme axillaire, forme généralisée, forme cutanée pure, etc.;

c) *Des formes associées à la chancrelle, à la syphilis, à la tuberculose;*

d) *Des formes latentes, sans autres symptômes que des réactions biologiques positives;*

e) *Peut-être de simples porteurs de germes rentrent-ils dans cette série?*

En même temps que se précisait la clinique et la biologie, le problème thérapeutique était envisagé par nombre d'auteurs. Dans un premier temps, on fait appel aux *méthodes chirurgicales* et aux agents physiques. Plus tard, la clinique et la biologie démontrent qu'il s'agit en réalité d'une infection générale et on donne la préférence au traitement général: soit par *chimiothérapie*, soit par la *médication biologique: non spécifique* (Dmclcos, Propidon, etc.); *spécifique* (vaccins humain ou simien) et sérum.

Mais on ne tarde pas à se rendre compte que la médication générale ne suffit pas à elle seule à amener la guérison des formes suppurées, enkystées et que l'ouverture de la poche, notamment par l'électrocoagulation, est dans ces cas d'une nécessité absolue.

Telles sont les différentes thérapeutiques dont l'étude fait l'objet de ce travail, que nous diviserons en deux parties, envisageant successivement le traitement de la forme inguinale classique et celui des formes ano-recto-génitales.

I

TRAITEMENT DE LA FORME GANGLIONNAIRE INGUINALE

A. — TRAITEMENT LOCAL

1° *Traitement chirurgical seul*

La ponction simple au bistouri ou à la seringue, l'incision large de chaque foyer suppuré, la même incision large avec grattage ou curettage, méthodes employées surtout par Nélaton, L'Hardy, Marion, Gandy n'ont pas donné de résultats.

L'exérèse chirurgicale recommandée par Hellerström, Nicolas, Favre et Lebeuf, Nicolau et beaucoup d'autres auteurs, a joui d'une grande faveur, car on en espérait surtout la rapidité de la guérison et l'absence de récidives. Actuellement, on ne fait plus l'exérèse en masse de toute la tumeur inguinale, car cette intervention est difficile, en raison de la périadénite, dangereuse à cause de la proximité des vaisseaux, inutile surtout, car l'ablation d'un seul ganglion inguina'

(Nicolas, Favre, etc.) suffit à faire rétrocéder toute la masse inguino-iliaque. On se contente d'une exérèse partielle: ablation large de la peau ramollie ou fistulisée et des ganglions inguinaux sous-jacents les plus accessibles; puis suture cutanée.

Mais, même dans l'extirpation complète, en masse outre la difficulté de l'intervention, des récidives ont été observées. Les suites opératoires ne sont pas toujours sans accidents: on observe très souvent la désunion des lèvres de la plaie et même la suppuration de la poche, en rapport avec un terrain spécial ou surtout avec une abondante lymphorrhée. Bien souvent se forme un tissu fibreux qui peut transformer la région de l'aîne en une masse fibreuse, irrégulière, tourmentée de gros bourrelets. Surtout il n'est pas rare de voir apparaître de l'œdème ou même un véritable éléphantiasis des organes génitaux externes et du membre inférieur.

2° *Traitement chirurgical combiné aux injections modificatrices*

On a recommandé d'injecter dans les fistules et même dans l'intérieur des masses ganglionnaires non encore fistulisées, des liquides modificateurs:

- a) *Solution de Lugol* (M. Ravaut a obtenu quelques résultats assez bons).
- b) *Mélange de Calot ou d'autres analogues.*
- c) *Huile xylo-iodoformée* (Borý).

Ces méthodes ont donné parfois de bons résultats, mais les auteurs eux-mêmes qui en ont une longue pratique insistent sur leurs inconvénients (Nicolas et ses collaborateurs).

d) *Glycérine stérilisée*, dont l'emploi dérive de son pouvoir neutralisant *in vitro* sur le virus lymphogranulomateux (Levaditi et Ravaut), fut préconisée par Marcel Pinard qui s'en déclare très satisfait.

e) *Injectons intraganglionnaires de lait, de glycérine et de pus-vaccin* employées par Perkel et Sourgik, ont donné des résultats inconstants.

3° *Traitement par les agents physiques*

a) *L'air chaud et la chaleur radiante* avec la caisse de Delherm et Gaiffe, *les Rayons Ultra-Violets*, en dehors de quelques rares succès, n'ont pas donné de bons résultats.

b) Au contraire, le traitement par la *radiothérapie*, proposé par les auteurs lyonnais (Moutot, Nicolas, Favre, etc.) employé après par nombre d'auteurs (Cl. Simon, Chauffard, Lesneur, Belot et Fernet, etc.) est d'emploi courant. M. Ravaut l'a employé aussi autrefois, de préférence dans les formes fibreuses. Ce traitement fut tout d'abord recommandé dans le traitement précoce de l'affection, avant un ramollissement très marqué et particulièrement avant la production de

multiples fistules. Mais, plus tard, ses indications ont été élargies, et les auteurs qui l'emploient en font dans tous les cas.

...La radiothérapie bien conduite paraît donc être une thérapeutique efficace des formes fibreuses fistulisées de la Maladie de Nicolas-Favre et permet d'abréger l'évolution désespérante de cette affection. Elle est certainement plus efficace et guérit plus rapidement les formes au début, avant la période d'induration et sans suppuration apparente. » (Fernet, 1931).

Malheureusement, les séquelles fibreuses ne sont pas rares, les récidives possibles et enfin, dans certains cas, ses effets paraissent plus apparents que réels.

c) *Electrocoagulation*. — Le traitement par l'électrocoagulation des bubons de l'aine a été préconisé par M. Ravaut en 1929.

M. Ravaut est parti de l'idée suivante, mise en relief par A. Wright, que pour guérir un foyer infectieux enkysté dans une réaction fibreuse dense, il faut d'abord ouvrir largement ce foyer et ensuite instituer le traitement causal. Il avait déjà traité de la sorte deux affections de ce genre: l'aené chéloïdienne de la nuque et l'actino-mycose de la joue, lorsqu'il eut l'idée d'appliquer la même méthode aux adénopathies inguinales. Dans l'adénopathie de la maladie de Nicolas-Favre, qui constitue un bel exemple de ces suppurations enkystées profondes, à foyers multiples et à évolution subaiguë

ou chronique, l'électrocoagulation a donné à M. Ravaut des résultats à ce point satisfaisants qu'elle est devenue, dans son service de l'Hôpital Saint-Louis, d'un emploi quasi-systématique.

Nous ne reproduirons pas ici la technique de son emploi; elle a été exposée par M. Ravaut dans une communication avec M^{lle} Landowski à la *Soc. de Dermatologie* (décembre 1929). Et reproduite plus tard dans la thèse de son élève Mme Laporte (Paris, 1931).

Il est certains points sur lesquels M. Ravaut insiste:

a) Il est impossible de dire par avance quelle intensité peut être employée. On doit commencer par un courant faible qu'on augmente graduellement.

b) On doit saisir la masse ganglionnaire à pleine main et la soulever le plus possible au-dessus des plans sous-jacents. Ainsi on peut aller assez profondément pour obtenir une destruction suffisante sans aucun risque.

c) On ne doit jamais, dans cette intervention, employer l'anesthésie locale.

On a objecté à ce mode de traitement la difficulté de son emploi, la nécessité de l'immobilisation au lit du patient pendant plusieurs semaines, la production de grands délabrements dans une zone voisine des gros vaisseaux de la cuisse. Nous pouvons dire que:

a) Sa technique est aisée et précise;

b) L'immobilisation est toujours nécessaire lorsqu'il y a menace de fistulisation ou à plus forte raison si celle-ci existe déjà et qu'il est de même dans l'exérèse chirurgicale;

c) Les dangers de l'intervention sont plus théoriques que réels si l'on procède comme il faut. M. Ravaut n'a pas eu, dans sa longue pratique, d'accidents imputables à l'électrocoagulation;

d) Enfin, les délabrements causés se sont toujours réparés, *laissant une cicatrice linéaire, blanche et souple qui s'améliore avec le temps.*

Pour en finir avec l'électrocoagulation, nous dirons que s'il est bien certain qu'elle peut, comme l'exérèse d'ailleurs, guérir à elle seule la maladie, son but rationnel est d'ouvrir largement les foyers enkystés pour les rendre accessibles à la médication générale.

B. — TRAITEMENT GÉNÉRAL

Bien des thérapeutiques ont été préconisées dans le but de guérir médicalement cette affection, avant tout la chimiothérapie.

1° Chimiothérapie

a) *Iode.* — L'iode a été le premier médicament employé. Bien que l'iodure de potassium n'ait pas donné de résultats, on essaya d'autres composés iodés, car l'on

connaissait l'action souvent efficace de l'iode sur les adénopathies chroniques.

Dès 1917, M. Ravaut employait la solution iodo-iodurée de Lugol, qui représente la formule la plus stable, la plus maniable et la plus active, des préparations iodo-iodurées. D'abord il l'employait par voie buccale, ayant découvert en 1918 que celle-ci pouvait être utilisée par voie intraveineuse, commença à l'employer par les deux voies. Les proportions courantes de la solution de Lugol sont :

Iode métallique	1 gramme
Iodure de potassium	2 grammes
Eau distillée	100 centimètres cubes

dont 1 cc. contient 2 centigrammes d'iode au total. Proportions qui peuvent être modifiées à volonté, selon la concentration que l'on désire obtenir. La dose par voie buccale varie de 30 à 100 cc., et même plus, par jour, dans du lait froid, café au lait, etc. On donne la solution de préférence au moment des repas, par cuillers à café, pour atténuer son action irritante sur l'estomac.

Par voie intraveineuse, les doses moyennes sont de 5 à 10 cc. de la solution de Lugol, mélangées à 10 ou 20 cc. de sérum physiologique.

Ces injections sont suivies malheureusement, au bout d'un certain temps et presque de façon constante, d'une induration veineuse au lieu de l'injection: cette com-

plication n'est pas dangereuse, mais rend très difficile la continuation du traitement. C'est pour obvier à cet inconvénient que M. Ravaut avait essayé de diluer la solution, de laver la veine après l'injection, soit par le sérum physiologique, soit par le sang même du malade, aspiré dans la seringue, puis réinjecté, etc. M. Ravaut essaya aussi de la mélanger à des solutions sucrées comme proposait Rosenthal, mais les résultats n'étaient pas appréciables.

Alors il rechercha si l'on ne pouvait pas neutraliser l'action nocive de l'iode sur l'endothélium veineux par l'adjonction d'hyposulfite de soude à la solution iodo-iodurée. L'expérience lui donna raison en lui montrant que si, à un poids donné d'iode, l'on ajoute environ le double de son poids d'hyposulfite de soude, on obtient une décoloration de la solution par formation d'*iodure de sodium* et de *tétrathionate de soude*. Et cette nouvelle solution ne lèse pas les veines quelle que soit sa concentration.

Par la suite, M. Ravaut essaya plusieurs combinaisons: soit la solution de Lugol à 1 %, et alors il conseille de prendre dans une seringue la quantité qu'on voudra injecter et ensuite un volume égal de la solution d'hyposulfite à 20 % ; soit les solutions iodo-iodurées concentrées et alors il faut ajouter un poids d'hyposulfite double de celui de l'iode que l'on veut injecter; pour simplifier les calculs, on peut employer une solution d'iode à 10 % et on ajoute le même volume

d'hyposulfite à 20 %. Cette solution est connue dans le service sous le nom d'*Hypo-Lugol*. Ce mélange doit être préparé extemporanément, car, au bout de quelques instants, la solution devient trouble et laisse déposer un précipité pulvérulent de soufre.

Il faut faire des doses progressives de 3 à 20 cc. du mélange, à des intervalles variables de un, deux ou trois jours, jusqu'à obtention de la guérison (Observations I, II, III, IV et XV).

Le traitement iodé doit être continué pendant très longtemps, même après que le malade quitte l'hôpital; on continue ce traitement sous forme de solution de Lugol *per os*.

M. Ravaut essaya aussi l'iodobenzométhylformine (Syn. Iodaseptine). Préparation organique d'iode contenant 42 % d'iode combiné. On a employé la solution aqueuse à 1 %, à des doses progressives de 2 à 20 cc. par voie veineuse (Obs. V).

Mais, en pratique, M. Ravaut n'emploie plus actuellement que la solution d'*Hypo-Lugol*, qui constitue le traitement de fond de la maladie de Nicolas-Favre.

b) *Emétine*. — A été utilisée par M. Ravaut du jour où il a soulevé l'hypothèse de l'origine amibienne de la Maladie de Nicolas-Favre. Dans une communication à la *Soc. Méd. des Hôp.* (10 juin 1921), M. Ravaut donnait les résultats obtenus chez quatre malades traités par le chlorhydrate d'émétine et recommandait de

l'employer en injections sous-cutanées à la dose de 4 à 10 centigrammes par jour, sans dépasser la dose totale de 1 gr. par cure et par mois, car à des doses élevées il avait constaté des phénomènes d'intolérance (état nauséux, dépression, faiblesse, diarrhée séreuse, etc.).

En 1922, Henri Doufour combine les injections sous-cutanées et intraveineuses en diluant la dose à employer dans 10 cc. de sérum physiologique et donne les résultats heureux obtenus chez un malade traité par le chlorhydrate d'émétine en injections sous-cutanées d'abord, intraveineuses ensuite, en cinquante jours, avec absorption quotidienne de 50 à 80 gouttes de teinture d'iode, pendant 30 jours.

Ensuite, l'émétine fut beaucoup employée, mais les résultats furent dissemblables (Obs. XVI).

M. Ravaut a également utilisé l'émétine en association avec l'iode, avec l'électrocoagulation, etc. (Obs. VI et VII).

c) *Les sels de mercure, d'arsenic, de fer, de bismuth, n'ont rien donné.*

d) *Les sels d'or, employés par Almquist d'abord, puis Lepinay, n'ont donné que de très rares succès pour de nombreux échecs.*

e) *Sulfate de cuivre ammoniacal.* — A a été employé en injections intraveineuses par Carnot et Froment.

G. Petges, David-Chaussée et A. Petges l'ont également utilisé suivant d'ailleurs une autre technique que celle des auteurs précédents. Ils donnent une statistique de 12 malades atteints de poradénite à différents stades, où ils ont obtenu d'assez bons résultats. Durée moyenne du traitement: soixante-dix-neuf jours. D'autres auteurs n'ont pas obtenu les mêmes heureux résultats.

f) *Sels d'antimoine*. — Ont été préconisés par Destefano et Vaccarezza, de Buenos-Aires, sous forme d'injections intraveineuses d'émétique en solution à 1 % dans du sérum artificiel, stérilisé par filtration à froid. En 1925 d'abord, puis en 1927, ces auteurs publièrent les résultats qu'ils avaient obtenus dans de nombreux cas de poradénite à différents stades traités ainsi, avec de très beaux résultats.

Nombre d'auteurs se sont occupés depuis de cette médication (voir Thèse de Fumat, Paris, 1933). Tous les auteurs signalent comme délai habituel de guérison quarante-cinq à soixante jours. M. Ravaut l'a employée aussi, mais rarement, seule ou bien associée à l'électrocoagulation (Obs. XVII).

Dans les cas heureux, les symptômes inflammatoires s'éteignent en dix ou quinze jours, les fistules se sèchent et se cicatrisent rapidement après un mois ou deux, il persiste soit un placard fibreux, soit quelques ganglions isolés et mobiles. Ces cas sont fréquents, mais tous les malades ne réagissent pas à l'antimoine, même

après une amélioration marquée : les récidives sont possibles ; quelques malades présentent une intolérance relative, décelée par des incidents précoces ou tardifs (quintes de toux émétisantes, arthralgies, etc.). En général bénins, ces troubles, parfois, sont suffisamment intenses pour obliger à arrêter le traitement (deux cas de Mamou).

Les lésions rénales commandent de s'abstenir de cette médication.

g) *Salicylate de soude*. — A été préconisé par Chevallier qui, avec A. Fiehrer, présente le premier cas ainsi traité à la *Soc. de Dermatologie* en novembre 1933. En décembre de la même année, Touraine et Aubrum présentent à la même Société les résultats qu'ils ont obtenus dans quatre cas. M. Touraine conclut : « ...Les résultats sont très heureux lorsque les adénopathies sont récentes, encore fermées, non suppurées. Les résultats sont favorables, mais moins satisfaisants, si le bubon a déjà suppuré et plus encore fistulisé. Il y a donc grand intérêt à instituer le traitement salicylé le plus tôt possible. »

La dose par voie buccale est de 6 à 8 grammes par jour. En cas d'intolérance, on recourra aux injections intraveineuses à la dose de 1 à 2 grammes par jour. M. Ravaut a essayé aussi cette médication. Les résultats n'ont pas été meilleurs que ceux obtenus par l'Hypo-Lugol (Obs. IX, X, XI).

2° *Traitement biologique*

A. — Non spécifique

a) *Tuberculine*. — A été préconisée par Kleeberg, de Berlin, sous la forme tuberculine intracutanée. Le traitement exige que les poumons soient rigoureusement sains. « ...A la suite de nos expériences faites sur soixante cas traités, nous ne pouvons que recommander largement le traitement par la tuberculine. » (Kleeberg, *Réu. Derm.*, Strasbourg, 1931.)

D'autres auteurs l'ont employée après (Gay Prieto, Chevallier, etc.) avec des résultats dissemblables.

b) *L'autohémothérapie, la lactothérapie, la protéinothérapie* n'ont donné aucun résultat.

c) *Les vaccins non spécifiques* (Dmelcos, Propidon, etc.) n'ont donné à eux tout seuls que quelques résultats au milieu de nombreux échecs. M. Ravaut a employé le Dmelcos après l'électrocoagulation pour aider la guérison des foyers ainsi débridés, grâce à la fièvre élevée que donnent ces vaccins. M^{me} Laporte, dans sa thèse, faite dans le service de M. Ravaut, donne quatre cas ainsi traités: trois bons résultats et un échec ont été obtenus.

B. — Spécifique

a) *Antigène humain de la lymphogranulomatose.*

— Les premiers essais de vaccination sont dus à Pierre Delbet, Beauvy et Ménégaux, qui ont préparé en 1923 un vaccin avec les ganglions inguinaux enlevés chirurgicalement, desséchés et broyés dans du sérum artificiel. On tyndallise ensuite le produit obtenu. L'injection de cette pulpe au malade dont les ganglions avaient été enlevés fut suivie de très heureuses modifications dans l'évolution de la plaie opératoire. Mais on peut objecter que l'intervention chirurgicale peut à elle seule amener la guérison.

Milan Kitchewaz a employé du pus ganglionnaire dilué et chauffé, avec des résultats discutables. Nicolas, Favre et Lebeuf ont employé, soit du pus ganglionnaire, soit de l'extrait glycéринé des ganglions desséchés. Ils n'ont remarqué aucun résultat favorable.

Hellerström, le premier, a employé l'injection intra-veineuse d'antigène de Frei, d'origine ganglionnaire. Il signale un cas favorable en 1931 (*Réu. Derm.*, Strasbourg). Guy Prieto a traité ainsi sept malades avec des résultats assez bons.

Altman et Pilot, en 1932, ont traité trois sujets par des injections sous-cutanées de pus ganglionnaire à des doses progressives: après la quatrième, les fistules se sont taries.

b) *Antigène simien de la lymphogranulomatose.* — Ravaut, Levaditi et Maisler employèrent, pour la première fois en 1932, les injections intraveineuses d'antigène préparé à partir de l'écorce cérébrale de singes porteurs d'une méningo-encéphalite lymphogranulomateuse. Cet antigène est dilué, réparti en ampoules et tyndallisé. On commence par 1/4 de cc., puis 1/2, 1, 1 1/2, 2 cc., et plus, habituellement de 1/2 à 2 cc.

Los doses progressives sont nécessaires pour obtenir un accès fébrile. En 1933, paraît la thèse de Maisler, qui complète et met au point la question. Cette thèse résume les résultats qu'ils ont obtenus par ce traitement dans treize cas, statistique qui comprend les cas qui ont fait l'objet de leur communication à la *Soc. de Derm.* en juillet 1932. Plus d'autres cas qu'ils ont suivis ultérieurement.

Ces malades sont divisés en deux grands groupes :

a) Un groupe de huit malades ont été traités seulement par les injections intraveineuses d'antigène simien. En échec, une guérison en vingt-cinq jours, et six améliorations (surtout de la cellulite, la douleur et la gêne fonctionnelle) ont été obtenus. Maisler conclut : « En somme, la vaccinothérapie intraveineuse a une action des plus nettes sur la poradénite, quand on l'applique seule, mais elle ne suffit qu'exceptionnellement à la guérir. »

b) Le deuxième groupe comprend cinq malades,

deux chez qui on avait essayé de multiples traitements chimiques et l'électrocoagulation. L'un guérit en deux ou trois semaines, l'autre en quatre semaines. Les trois derniers malades ont été traités d'abord par l'électrocoagulation et, dès la chute de l'escarre, par la vaccinothérapie intraveineuse. L'un guérit en quatre semaines et les deux autres en six semaines. Maisler conclut : « Le rôle de la vaccinothérapie est délicat à apprécier, car l'électrocoagulation peut guérir à elle seule la maladie de Nicolas-Favre. Néanmoins, si on ne lui associe pas un traitement chimique (Lugol, sels d'antimoine), l'évolution favorable est plus longue à se dessiner. Or nous avons remarqué une diminution plus rapide des ganglions visibles au fond de la plaie d'électrocoagulation, quand on fait de la vaccinothérapie : ces résultats sont tout à fait comparables à ceux de l'association de l'électrocoagulation et du Lugol *per os* et intraveineux. »

Nous avons rassemblé huit autres observations dans le service de M. Ravaut, concernant des cas de poradénite classique traités :

— soit par la vaccinothérapie intraveineuse plus hypo-lugol : un cas guérit en vingt-cinq jours (Observation XVIII) ;

— soit électrocoagulation plus vaccinothérapie intraveineuse dès la chute de l'escarre : un cas, traité antérieurement par le Dmelcos, sans résultat, et qui guérit en trente-cinq jours ;

— soit enfin électrocoagulation plus vaccinothérapie spécifique et hypo-lugol: six cas de guérison définitive en trente, trente-quatre, trente-huit, quarante et quarante-quatre jours. Nous donnons trois de ces observations (Obs. XII, XIII et XIV).

c) *Sérum de convalescent*. — Son emploi dérive de son pouvoir virulicide sur le virus de la maladie (Levaditi et Ravaut). Un auteur allemand, Kalz, publie, en décembre 1932, quatre cas traités par les injections sous-cutanées de sérum de convalescent. Il emploie des doses variables, de 5, 10, 15 cc., répétées plusieurs fois à intervalles variables, faisant au total 75, 100, 150 cc. et même plus. Les résultats obtenus ont été assez encourageants en ce qui concerne la cellulite, la douleur et la gêne fonctionnelle.

d) *Sérum spécifique préparé par M. Levaditi, de l'Institut Pasteur*. — Tout récemment, MM. Ravaut et Sallet ont essayé l'action thérapeutique d'un sérum spécifique, dont ils doivent publier les résultats prochainement. Ce sérum a été fait de deux manières différentes:

1. Dans un premier groupe de six cas, on a injecté sous la peau trois doses successivement de 20, 40 et 40 cc., de façon à faire au total 100 cc. de sérum. Nous donnons deux de ces observations: un cas de poradénite bilatérale non suppurée, traitée seulement par la sérothérapie. Grosse amélioration de la cellulite et de la

douleur (Obs. XIX). Dans le deuxième cas, il s'agit d'une poradénite bilatérale, mais avec suppuration cette fois. Traitée antérieurement par l'électrocoagulation et dès la chute de l'escarre, soumis à la sérothérapie. Plaie cicatrisée rapidement, ganglions petits (Observation XX).

2. Dans un deuxième groupe de six observations, le sérum a été employé par voie intraveineuse, selon la technique que MM. Ravaut et Ducourtieux avaient utilisée pour la sérothérapie antigonococcique. Les doses injectées ont été un peu variables selon les cas. Nous donnons trois de ces observations: deux cas de poradénite (Obs. XXI et XXII). Un cas de rectite sténosante ancienne (Obs. XXIII).

En général, nous pouvons dire que la sérothérapie a une action marquée sur la cellulite, mais qu'elle ne suffit pas à elle seule à guérir les adénopathies suppurées. Aussi faut-il la réserver aux cas déjà traités par l'électrocoagulation et compliqués de fibrose.

II

TRAITEMENT DES FORMES ANO-RECTO-GENITALES

A. — TRAITEMENT GÉNÉRAL

Ce traitement général ne saurait être différent de celui que nous avons étudié. Signalons cependant que c'est encore à l'hypo-lugol et aux moyens biologiques qu'on doit les plus favorables résultats. MM. Bensaude et Lambling ont obtenu de très bons résultats avec l'Hypo-Lugol en injections intraveineuses et en applications locales dans des cas de rectite: « Localement elle agit (la solution de lugol et hyposulfite) plus rapidement et plus efficacement sur les épreintes, la douleur et l'abondance des écoulements que les lavements antiseptiques. » (Bensaude et Lambling.)

MM. Ravaut, Sénèque et Cachera ont utilisé le Sty-bial localement et par voie intraveineuse dans le cas qu'ils ont publié de cellulite pelvienne et rétrécissement du rectum et ont constaté une amélioration notables des symptômes locaux et généraux.

MM. Ravaut, Levaditi et Maisler ont employé l'antigène simien, dans des syndromes ano-recto-génitaux. Nous relevons de la thèse de Maisler les résultats qu'ils ont obtenus dans six cas d'anorectites, rétrécissement du rectum et syndromes associés ano-recto-génitaux :

Dans quatre cas, résultats nuls. Par contre, chez deux sujets, ils ont obtenu des résultats, évidents chez l'un, remarquables chez l'autre.

Chez la première malade atteinte d'ulcération vulvaire avec infiltration éléphantiasique, évoluant depuis des années, après sept injections, l'ulcération diminue de moitié, ainsi que l'œdème éléphantiasique. Mais après quelques mois, tout est revenu à son état antérieur. Chez le deuxième sujet atteint de rectite purulente, hémorragique, avec rétrécissement du rectum, six injections en deux ou trois mois amenèrent une amélioration remarquable, le rectum est largement perméable, et la périanorectite a diminué notablement.

Ce traitement doit être employé dans tous les cas, mais c'est dans les rectites sans sténose vraie où il s'agit de lésions récentes, de lymphangite lymphogranulomateuse avec ulcérations muqueuses et enfin dans tous les syndromes à leur stade de début, que la médication générale aura les plus grandes chances d'agir et de donner de bons résultats. Au contraire, lorsqu'il s'agit de formes anciennes, mi-évolutives, mi-cicatricielles, en tout cas fortement scléreuses, il est bien difficile que la médication chimiothérapique ou biologique puisse

agir, car elle néglige une condition très importante: le facteur local. Nous avons déjà insisté sur la nécessité de détruire les foyers enkystés.

Signalons pour terminer les essais du *sérum spécifique* de M. Levaditi, par voie intraveineuse, dans trois cas de rétrécissement du rectum, avec amélioration de la cellulite.

B. — TRAITEMENT LOCAL

Dans les cas de rectite, en plus de la désinfection très soignée et quotidienne des lésions, sous le contrôle de la rectoscopie, et du traitement général, il y a avantage, comme nous l'avons déjà fait remarquer, à faire des pansements ou des lavages à l'Hypo-Lugol ou de faire des applications locales d'antigène.

Si un début de sténose se manifeste, il faut, suivant les tendances, traiter ces malades par la diathermie et la dilatation, ou bien recourir au traitement chirurgical. Pour M. Sènèque, le traitement médical est supérieur dans ces cas; cependant, il fait remarquer que c'est à ce stade seulement que l'on pourra pratiquer les opérations intra-sphinctériennes, telles que l'opération d'Hartmann.

Quand la sténose est complète et infranchissable, alors l'avis des auteurs est encore divergent. Les uns, comme M. Sènèque par exemple, font un anus iliaque

de dérivation et font après un traitement médical intense et prolongé. Cet auteur a obtenu ainsi un bon résultat dans un cas qu'il a cité à la *Soc. de Chir.* en 1933. Pour d'autres auteurs, Dimitriu et Stoia entre autres, l'intervention de choix, surtout dans ce qu'ils appellent les rectites infiltratives, c'est l'intervention d'exérèse d'emblée: abdomino-transanale.

Par voie périnéale on peut pratiquer soit l'intervention d'Hartmann, qui ne paraît possible que dans les cas tout à fait au début, car plus tard l'infiltration péri-rectale la rend impraticable, soit l'amputation du rectum type Lisfranc, qui a l'inconvénient de sacrifier l'appareil sphinctérien. Enfin, quand les malades se présentent avec une sténose compliquée d'œdème éléphantiasique du périnée, on ne peut pratiquer qu'un simple anus iliaque et des incisions de décharge dans les fosses ichio-rectales lorsque surviennent des phénomènes inflammatoires aigus: en présence d'une inflammation chronique, la radiothérapie enfin a été préconisée.

Toutes ces thérapeutiques s'appliqueront aux diverses localisations anormales de la maladie: *forme axillaire*, *forme cervicale*, etc., tout au moins en ce qui concerne la médication générale.

En résumé: actuellement on ne se borne pas à une seule thérapeutique locale ou générale. Les meilleurs résultats ont été obtenus avec la combinaison des deux méthodes, ainsi qu'en témoignent nos observations.

III

OBSERVATIONS

Ces observations, toutes inédites, sont étudiées uniquement du point de vue des résultats thérapeutiques. Nous nous bornerons à citer quelques cas typiques pour chacune des diverses variétés de traitement.

I. — *Traitement par l'électrocoagulation plus Hypo-Lugol*

Ce traitement est appliqué habituellement dans le service de M. Ravaut. Parmi de très nombreuses observations, nous citerons, au hasard, quatre cas typiques.

OBSERVATION I

(36 jours de traitement)

Desh... ; 23 ans, entre le 22 avril 1932. Poradénite inguinale gauche avec début de suppuration, ayant débuté un mois et demi auparavant. Petite érosion du fourreau de la verge survenue huit jours avant le début de l'adénopathie.

Réaction de Frei positive. Réaction au Dmelcos négative. Hecht négatif.

27 avril : Electrocoagulation de la masse ganglionnaire.

Du 2 mai au 4 juin : Hypo-Lugol par voie intraveineuse, à des doses progressives de 5 à 15 cmc., quotidiennes. Le malade est sorti complètement guéri le 4 juin 1932.

OBSERVATION II

(30 jours de traitement)

Ob..., 27 ans, entre le 13 mars 1933. Poradénite inguinale droite. Evoluant depuis un mois environ. Pas de porte d'entrée.

Réaction de Frei positive. Réaction au Dmelcos négative. Hecht négatif.

15 mars : Electrocoagulation de la masse ganglionnaire.

Du 16 mars au 14 avril : Hypo-Lugol à des doses progressives de 3 à 20 cmc., par voie intraveineuse chaque deux jours. Le malade sort guéri le 15 avril 1933.

OBSERVATION III

(38 jours de traitement)

Ma..., 31 ans, entre le 28 décembre 1933. Poradénite inguinale suppurée de l'aîne droite. Quelques petits ganglions durs et sans périadénite à gauche. Uréthrite banale huit jours avant l'apparition de l'adénopathie : guérison en huit jours.

Réaction de Frei positive ; réaction au Dmeleos négative. Wass. négatif.

Du 4 janvier au 15 février 1934 : Hypo-Lugol intraveineux, à des doses progressives de 5 à 18 cc. chaque deux jours.

Le 17 janvier : électrocoagulation des masses ganglionnaires.

Le malade sort guéri le 28 mars 1934.

OBSERVATION IV

(27 jours de traitement)

Hir..., 25 ans, entre le 28 mars 1932. Poradénite inguinale gauche, ferme, non inflammatoire. Pas de porte d'entrée. Réaction de Frei positive. Réaction au Dmelcos négative. Wass. négatif. Ce malade a été traité antérieurement d'abord à la Charité par l'iodure de potassium, puis à Claude-Bernard on lui aurait fait des applications de rayons ultra-violets (une heure) quotidienne pendant deux mois. Aucun résultat n'a été obtenu.

1^{er} avril : Electrocoagulation, bipolaire, « Plot » 5.

Du 14 au 22 avril : Hypo-Lugol 5 cc. intraveineux tous les jours.

Du 25 au 27 avril : Hypo-Lugol 10 cc. quotidiens. Le malade est sorti guéri le 28 avril 1932.

II. — *Traitement par l'électrocoagulation plus Iodaseptine*

OBSERVATION V

(40 jours de traitement)

Har..., 32 ans, entré le 19 mars 1932. Poradénite inguinale droite suppurée. Début vers le 1^{er} mars. Vers l'été de 1931 le malade aurait eu un petit chancre sur le fourreau de la verge, chancre étiqueté non spécifique.

Réaction de Frei positive. Réaction au Dmelcos négative. Hecht négatif.

1^{er} avril : Electrocoagulation bipolaire « Plot » 3.

Du 5 au 23 avril : 5 cc. d'Iodoseptine, quotidiens, par voie intraveineuse.

Le malade quitte l'hôpital, complètement guéri le 11 mai 1932.

III. — *Traitement par l'électrocoagulation plus émétine*

OBSERVATION VI

(25 jours de traitement)

Da..., 29 ans, entré le 13 mars 1930. Lymphogranulomatose inguinale subaiguë suppurée des deux aines. Début vers le 12 février. Il aurait eu vers la même époque un petit « bouton » sur le fourreau de la verge.

Réaction de Frei positive. Réaction au Dmelcos négative. Hecht négatif.

11 mars : Electrocoagulation des deux bubons.

Du 20 mars au 6 avril : Emétine à des doses progressives de 0 gr. 04 à 0 gr. 08, chaque deux jours. Le malade quitte l'hôpital le 12 avril, complètement guéri.

IV. — *Traitement par l'électrocoagulation plus Emétine et Hypo-Lugol*

OBSERVATION VII

(38 jours de traitement)

Vi..., 33 ans, entre le 26 novembre 1931. Poradénite inguinale droite, suppurée et fistulisée. Datant de un mois et

demie environ. Blennorrhagie depuis deux mois.

Réaction de Frei positive. Réaction au Dmelcos négative. Wass. négatif.

2 décembre : Electrocoagulation.

Du 4 décembre au 7 janvier : Emétiné chaque trois jours, à des doses progressives de 0 gr. 04 à 0 gr. 06. Hypo-Lugol quotidien à des doses progressives de 3 à 10 cc. Le malade sort guéri le 8 janvier 1932.

V. — *Traitement par l'électrocoagulation plus Stybial et Hypo-Lugol*

OBSERVATION VIII

(66 jours de traitement)

Kie..., 20 ans, entre le 2 février 1933. Poradénite inguinale droite datant de six jours. Sans porte d'entrée. Réaction de Frei positive. Réaction au Dmelcos négative. Hecht négatif.

Du 20 février au 13 mars : Stybial intraveineux à des doses progressives de 0 gr. 03 à 0 gr. 12 chaque deux jours. Après ce traitement l'adénopathie n'a point régressé.

14 mars : Electrocoagulation.

Du 16 mars au 24 avril : Hypo-Lugol intraveineux à des doses progressives de 3 à 20 cc. chaque deux jours. Le malade sort guéri le 26 avril 1933.

VI. - *Traitement par l'électrocoagulation plus Salicylate de Soude*

OBSERVATION IX

(33 jours de traitement)

Pe..., 33 ans, entre le 8 février 1934. Poradénite inguinale droite avec début de ramollissement. Début vers le 10 novembre 1931. Pas de porte d'entrée.

Réaction de Frei positive. Réaction au Dmelcos négative. Hecht négatif.

9 février : Electrocoagulation.

Du 15 février au 11 mars : Salicylate de soude intraveineux à des doses progressives de 1 à 2 gr. tous les jours. Le malade sort guéri le 12 mars 1934.

OBSERVATION X

(43 jours de traitement)

Océ..., entre le 29 janvier 1934. Poradénite inguinale gauche suppurée, datant de deux mois et demi environ. Pas de porte d'entrée.

Réaction de Frei positive. Réaction au Dmelcos négative. Wass. négatif. Le malade aurait été traité antérieurement par des injections modificatrices d'abord, puis par les rayons ultra-violets à raison de deux séances par semaine, jusqu'au 15 janvier. Pas d'amélioration.

10 février : Electrocoagulation.

Du 12 février au 23 mars : Salicylate de soude intraveineux quotidien, à des doses progressives de 1 à 2 gr. Le malade quitte l'hôpital complètement guéri le 23 mars 1934.

En résumé : bon résultat obtenu par l'électrocoagulation et le salicylate de soude dans un cas de poradénite suppurée datant de deux mois et demi et résistant aux rayons ultra-violets et aux injections modificatrices.

OBSERVATION XI

(60 jours de traitement)

Sch..., entre le 4 mars 1934. Poradénite inguinale gauche fistulée, datant de deux mois. Sans porte d'entrée. Réaction de Frei positive. Dmelcos négatif. Hecht négatif.

23 mars : Electrocoagulation.

Du 26 mars au 5 avril : Salicylate de soude intraveineux quotidien, à des doses progressives de 1 à 1 gr. 50.

Du 7 au 16 avril on fait du salicylate encore, par voie intraveineuse, mais à la dose de 2 gr. par jour. Comme on a fait 26 gr. au total on lui fait du 16 au 30 avril de l'Hypo-Lugol intraveineux quotidien, à des doses progressives de 10 à 15 cc. Le malade sort guéri le 16 mai 1934.

VII. — *Electrocoagulation plus Hypo-Lugol et Vaccinothérapie*

OBSERVATION XII

(34 jours de traitement)

Poi..., 33 ans, entre le 28 décembre 1932. Poradénite inguinale gauche avec ramollissement marqué. Début un mois et demi auparavant. Pas de porte d'entrée.

Réaction de Frei positive. Dmelcos négatif. Hecht négatif.

2 janvier 1933 : 1/2 cc. de vaccin lymphogranulomateux

intraveineux : forte réaction fébrile vers la quinzième heure.

4 janvier : Electrocoagulation.

Du 9 janvier au 4 février : Hypo-Lugol intraveineux quotidien à des doses progressives de 5 à 20 cc.

21 janvier : 1 cc. de vaccin lymphogranulomateux. Réaction fébrile à 40°. Le malade sort guéri le 6 février 1933.

OBSERVATION XIII

(44 jours de traitement)

Wag..., 26 ans, entre le 2 décembre 1932. Poradénite inguinale droite. Très douloureuse et adhérente aux plans profonds. Datant de 15 jours environ. Deux semaines auparavant micro-chancres sur le fourreau de la verge.

Réaction de Frei positive. Dmelcos négatif. Wass. négatif. Hémoréaction à l'antigène lymphogranulomateux fortement positive.

5 novembre : 1/2 cc. intraveineux de vaccin lymphogranulomateux : réaction fébrile à 39°.

24 décembre : 1/2 cc. intraveineux de vaccin lymphogranulomateux ; fièvre à 40°.

Du 28 décembre au 18 janvier : Hypo-Lugol intraveineux quotidien à des doses progressives de 3 à 20 cc.

11 janvier : 1 cc. intraveineux de vaccin : pas de réaction fébrile. Le malade quitte l'hôpital le 19 janvier 1933, complètement guéri.

OBSERVATION XIV

(34 jours de traitement)

Ba..., 25 ans, entre le 23 octobre 1932. Poradénite inguinale droite suppurée, évoluant depuis 4 mois environ. Pas de porte d'entrée.

Réaction de Frei positive. Réaction au Dmelcos négative. Wass. négatif. Vaccination les 25, 29 octobre et le 3 novembre avec 1/2, 1 et 2 cc. de vaccin lymphogranulomateux : forte réaction fébrile à chaque injection.

2 novembre : Electrocoagulation.

Du 10 au 28 novembre : Hypo-Lugol intraveineux à des doses progressives de 5 à 20 cc. Plus Lugol *per os* par cuillerées à café. Le malade est sorti le 29 novembre complètement guéri.

VIII. — *Traitement par l'Hypo-Lugol seul*

OBSERVATION XV

(38 jours de traitement)

Cha..., entre le 1^{er} juin 1932. Poradénite inguinale gauche, datant de 18 jours. Pas de porte d'entrée. Frei positif. Dmelcos négatif. Hecht négatif.

Du 24 juin au 2 août : Hypo-Lugol intraveineux à des doses progressives de 5 à 20 cc. tous les jours. Le malade sort guéri le 10 août 1932.

IX. — *Traitement par l'Emétine seule*

OBSERVATION XVI

(1 mois de traitement)

Da..., 30 ans, entre le 30 décembre 1931. Poradénite inguinale bilatérale prédominante à droite, et datant de 20 jours environ. Sans porte d'entrée.

Réaction de Frei positive. Dmelcos négatif. Hecht négatif.

6 janvier 1932 : On commence à lui faire de l'émétine intraveineux à des doses progressives, jusqu'à la dose de 0 gr. 76 au total.

Le 3 février le malade quitte l'hôpital complètement guéri.

X. — *Traitement par le Stybial seul*

OBSERVATION XVII

(45 jours de traitement)

Be..., 24 ans, entre le 11 février 1933. Poradénite inguinale droite datant de 15 jours environ. Porte d'entrée préputiale parue deux ou trois jours avant le bubon.

Réaction de Frei positive. Dmelcos négatif. Hecht négatif.

Du 18 février au 18 mars : Stybial intraveineux à des doses progressives de 0 gr. 03 à 0 gr. 09 chaque deux jours. Le malade quitte l'hôpital le 29 mars, guéri.

XI. — *Traitement par Vaccinothérapie spécifique plus Hypo-Lugol*

OBSERVATION XVIII

(25 jours de traitement)

Deb..., entre le 22 décembre 1932. Porédanite inguinale gauche. Début vers le 2 ou 3 novembre. Sans porte d'entrée. Réaction de Frei positive. Dmelcos négatif. Wass négatif.

Le 22 et 24 décembre et le 16 janvier : 1/2 cc. intraveineux de vaccin lymphogranulomateux.

Du 5 au 16 janvier : Hypo-Lugol intra-veineux à des doses progressives. Le malade sort guéri le 17 janvier 1933.

XII. — *Traitement par le Sérum spécifique
de l'Institut Pasteur*

(Injection sous-cutanée de sérum)

OBSERVATION XIX

(28 jours de traitement)

Th..., 24 ans, entre le 16 mai 1933. Poradénite inguinale bilatérale. Pas de porte d'entrée. Frei positif. Dmelcos négatif. Hecht négatif.

29 mai : 20 cc. de sérum en deux fois (méthode de Besredka).

31 mai : 40 cc. de sérum. Poussée fébrile à 37°8 pendant deux jours.

3 juin : 40 cc. de sérum. Poussée fébrile à 40° ; céphalée.

Dès le 4 juin, les symptômes locaux commencent à regressed progressivement, en même temps qu'apparaissent des accidents sériques, pour lesquels on fait de l'hyposulfite *per os* et de l'autohémothérapie.

Vers le 10 juin, la cellulite disparaît et les ganglions ne sont plus adhérents à la peau.

Enfin, le 20 juin, le malade quitte l'hôpital. A gauche, où les ganglions prédominaient, ils sont revenus à un volume normal. Ils restent encore un peu adhérents à la profondeur. A droite, ils sont devenus presque normaux.

Les accidents sériques ont disparu. Revu le 10 juillet, les ganglions sont toujours dans le même état.

En résumé : grosse amélioration de la cellulite et de la douleur, mais pas de guérison complète.

OBSERVATION XX

(48 jours de traitement)

Do..., 23 ans, entre le 13 juin 1933. Poradénite inguinale bilatérale suppurée. Nodule du fourreau de la verge. Frei positif. Dmelcos négatif. Hecht négatif.

14 juin : Electrocoagulation des ganglions et du nodule de la verge.

26 juin : Chute de l'escarre ; gros ganglion visible dans la plaie à droite. 20 cc. de sérum, hyposulfite *per os*.

Le 28 juin et le 1^{er} juillet, 40 cc. de sérum chaque fois. Hyposulfite *per os*. Par la suite le malade présente des accidents sériques, qui guérissent rapidement. Dès le 1^{er} juin diminution rapide de la cellulite. Les ganglions diminuent très nettement de volume.

Le 2 août, le malade sort, les plaies cicatrisées, les ganglions sont petits. Pas revu.

(Injection de Sérum spécifique par voie intraveineuse)

OBSERVATION XXI

(30 jours de traitement)

Pas..., 26 ans, entre le 6 octobre 1933. Poradénite inguinale gauche. Sans porte d'entrée.

Frei positif. Dmelcos négatif. Wass. négatif.

Adénopathie traitée antérieurement par les Rayons X et électrocoagulée à plusieurs reprises. Cependant persistance d'une grosse masse, avec adhérence à la peau, cellulite et fibrose très marquées.

7 octobre : Injection de 5 cc. de sérum spécifique dans 125 cc. de sérum physiologique.

10 octobre : Injection de 10 cc. de sérum spécifique dans 250 cc. de sérum physiologique.

13 octobre : Injection de 20 cc. de sérum spécifique dans 300 cc. de sérum physiologique.

24 octobre : Injection de 30 cc. de sérum spécifique dans 300 cc. de sérum physiologique.

Durée de chaque injection : 45 minutes. Dès le 19, éruption sérique, qui d'ailleurs guérit rapidement.

Evolution : Dès le 8 octobre, diminution de la rougeur et régression rapide de la cellulite. Vers le 16, les ganglions rétrocruraux sont devenus aisément palpables. Une amélioration considérable dans tous les sens continue. Vers le 23, disparition presque complète de la cellulite.

7 novembre : Le malade quitte l'hôpital, très amélioré. La marche est possible.

OBSERVATION XXII

(60 jours de traitement)

Mal., 46 ans, entre le 25 octobre 1933. Poradénite inguinale droite fistulisée. Traitée en juin 1932 par l'électrocoagulation est sorti guéri, mais en septembre 1933, l'adénopathie récidive. Frei positif. Dmelcos négatif. Hecht négatif.

25 octobre : Injection de 10 cc. de sérum spécifique dans 200 cc. de sérum physiologique.

28 octobre : Injection de 25 cc. de sérum spécifique dans 200 cc. de sérum physiologique.

31 octobre : Injection de 30 cc. de sérum spécifique dans 300 cc. de sérum physiologique.

2 novembre : Eruption sérique ; arthralgies.

Résultats : Dès le 10 novembre, les ganglions ne sont plus douloureux. La cellulite regresse nettement.

Le 21 novembre : Nouvelle poussée inflammatoire. Suppuration abondante.

Le 29 novembre : Electrocoagulation.

Le 26 décembre, le malade sort guéri.

En résumé : disparition rapide de la cellulite, mais aucune action sur la suppuration, car nécessité de l'électrocoagulation.

OBSERVATION XXIII

(70 jours de traitement)

Bai..., entre le 22 novembre 1933. Rectite sténosante ancienne. Opérée à plusieurs reprises (opération d'Hartmann, depuis 1920).

Frei positif. Dmelcos négatif. Hecht négatif.

23 novembre : Injection de 10 cc. de sérum dans 200 cc. de sérum physiologique.

26 novembre : Injection de 18 cc. de sérum dans 200 cc. de sérum physiologique.

2 décembre : Injection de 30 cc. de sérum dans 280 cc. de sérum physiologique.

Le 20 décembre : Injection de 20 cc. de sérum spécifique dans 200 cc. sérum physiologique.

(Ephrédine *per os* en deux temps à titre préventif pour les accidents sériques.)

27 décembre : On ne peut injecter que 8 cc. dans 80 cc. de sérum physiologique, à cause des accidents éruptifs, dis-

phonie, etc... Frisson après chaque injection. Ces accidents sériques sont survenus vers le 20 décembre.

Evolution : La rectite paraît moins indurée. Amélioration assez importante de la cellulite. Les matières sont moins déformées.

Le malade sort le 31 janvier 1934. Va être opéré ultérieurement.

IV

CONCLUSIONS

I. — Le traitement général est de règle dans toutes les formes de la Maladie de Nicolas-Favre et dans ses complications. Souvent il peut suffire dans les cas récents, qui ne s'accompagnent pas encore de suppuration ganglionnaire.

II. — De préférence on emploiera la solution de Lugol associée à l'Hyposulfite de soude, à la fois par voie buccale et par injections intraveineuses à des doses progressives.

III. — Lorsque l'adénopathie est suppurée, le traitement local est indispensable et le procédé de choix sera l'électrocoagulation.

IV. — Les rectites aiguës ne comporteront qu'un traitement médical (local et général) et on réservera les interventions chirurgicales aux formes de sténose fibreuse. Là encore, le traitement général devra précéder, accompagner et suivre la thérapeutique chirurgicale.

V. Enfin, dans les cas d'adénopathies tenaces avec cellulite, on pourra recourir à la médication biologique: antigène ou sérum.

Vu : *Le Doyen,*

G. ROUSSY

Vu : *Le Président de Thèse,*

RATHÉRY

Vu et permis d'imprimer :

Le Recteur de l'Académie de Paris,

CHARLÉTY

BIBLIOGRAPHIE

- ALTMAN et FILOT. — Lymphogranuloma inguinale. (*Arch. of der. and syph.*, nov. 1932.)
- ATTAL. — Rétrécissement du rectum et Maladie de Nicolas-Favre (Thèse, Paris 1932).
- BARTHELIS et BIBERSTEIN. — *Brüns Betrage zur Klinische Chirurgie* (29 avril et 30 mai 1931).
- BEJERANO et GALLEGRO CALATAYUD. — La forme inapparente de la Maladie de Nicolas-Favre dans le rétrécissement du rectum. (*Bull. Soc. Biol.*, 18 décembre 1932.)
- BENSAUDE et LAMBLING. — Le rôle de la maladie de Nicolas-Favre dans le rétrécissement du rectum. (*Bull. Soc. Biol.*, 18 décembre 1932.)
- BLOOM. — Forme cervicale de la Maladie de Nicolas-Favre. (*Arch. of Dermat. and Sifilology*, décembre 1933.)
- BRAULT. — Traitement des adénites inguinales à forme aiguë et sub-aiguë. (*Lyon Méd.*, mars 1894.)
- Pseudo-éléphantiasis de la verge, consécutif à l'ablation des ganglions inguinaux. (*Ann. de Derm.*, 1897.)
- Note à propos des bubons climatiques. (*Bull. Soc. Chirur.*, 29 mai 1907.)
- BORY. — Lymphogranulome inguinale. (*Le Progrès Méd.*, déc. 1921 et août 1922.)
- BOURDE. — Traitement chirurgical des paquets ganglionnaires de l'aîne. (*Gazette des Hôp.*, 16 octobre 1924.)
- BUQUET. — La poradénite et son traitement. (Thèse de Paris, 1928.)
- CHASSAIGNAC. — *Traité pratique de la suppuration et du drainage chirurgical*, 1859.
- CHAUFFARD et THÉVENARD. — Rayons ultra-violet. (*Soc. Méd. Hôp.*, 7 décembre 1923.)
- CHEVALLIER et BERNARD. — Les adénopathies inguinales. (Paris, 1932.)
- Forme cutanée pure de la Maladie de Nicolas-Favre. (*Bull. Soc. Derm.*, 10 novembre 1932.)
- Diagnostic et traitements. (*Hôpital*, mai 1933.)

- CHEVALIER et FIEHRER. — Sur le traitement de la Maladie de Nicolas-Favre par le salicylate de soude. (*Bull. Soc. Derm.*, novembre 1933.)
- COUPPEY. — L'emploi de la solution iodo-iodurée de lugol en thérapeutique par voie veineuse et buccale. (Thèse de Paris, 1922.)
- DELBET (P.), BAUVY et MÉNAGAUD. — La vaccination de la poradénite. (*Bull. Acad. Méd.*, 1923.)
- DESTEFANO et VECCAREZZA. — Le traitement de la poradénite inguinale par les sels d'antimoine. (*Semana Médica*, pp. 1013 à 1015, 1925 et *Presse Médicale*, 1927.)
- DIMITRIU et GRÉGORESCO. — Technique de la résection endo-anales du rectum dans les rectites sténosantes et hyperplasiques. (*Journal de Chirurg.*, septembre 1933.)
- DIMITRI et STOIA. — *Les rectites infiltratives*. (Masson et Cie, édit., Paris 1933.)
- DURAND, NICOLAS et FAVRE. — Lymphogranulomatose inguinale subaiguë d'origine génitale probable, peut-être vénérienne. (*Bull. Soc. Méd. Hôp. de Paris*, 31 janvier 1913.)
- DUFOUR-FERRIER. — Lymphogranulomatose inguinale, guérison par le chlorhydrate d'émétine et la teinture d'iode. (*Soc. Méd. des Hôp.*, 1922.)
- FAVRE (P.). — Lymphogranulomatose inguinale de Nicolas-Favre. Traitement chirurgical. (Thèse de Bordeaux, 1927.)
- FERNET (P.). — Traitement radiothérapique de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. (Réunion Derm. Strasbourg, 8 mars 1931.)
- FREI. — Nouveau test cutané et lymphogranulomatose inguinale. (*Klin. Wochenschrift*, 5 novembre 1925, p. 2148.)
- FREI et COPPEL. — (*Klin. Woche.*, 1928, n° 49.)
- GAY PRIETO. — Zur Behandlung der Lymphogranulomatose inguinale mit spezifischen Antigen. (*Derm. Wochenschrift*, 16 juli 1932.)
- FIMAT (G.). — Maladie de Nicolas-Favre et son traitement par l'antimoine. (Thèse de Paris, 1933.)
- GATÉ. — Lymphogranulomatose inguinale subaiguë à foyer inganglionnaire d'origine génitale probable, peut-être vénérienne. (Thèse de Lyon, 1913.)
- GATÉ et CHARPY. — Bubon chancrelleux récent guéri par le Dmelcos. Nouvelle poussée ganglionnaire indifférente à cette thérapeutique. (*Bull. de Derm. de Lyon*, 26 mars 1931.)
- GATÉ, MICHEL et MOREL. — Association de bubon chancrelleux et Maladie de Nicolas-Favre conjugale. (*Bull. Soc. Derm. Lyon*, 18 janvier 1932.)

- GOUGEROT et COHEN. — Adénite à gros abcès unique avec Frei positif. Formation tardive d'une adénite à type Nicolas-Favre. (*Bull. Soc. Derm.*, 9 juillet 1931.)
- GOUGEROT et CARTEAUT. — (*Ann. de Maladies Vénériennes*, décembre 1933.)
- HELLERSTROM. — Contribution à l'étude de la lymphogranulomatoase inguinale. (*Ann. de Maladies Vénériennes*, décembre 1929.)
- HELLERSTROM et WASSEN. — VII^e Congrès International de Dermat. et Syph., Copenhague, août 1930.)
- Etude du virus de lymphogranulomatoase inguinale. (*Bull. Soc. Biol.*, 14 mars 1931.)
- JAME, ANJALEU et PASSA. — Maladie de Nicolas-Favre. (*Arch. de Méd. et Pharmacie Militaire Franç.*, janvier 1934.)
- JERSILD. — Contribuiffon à la pathogénie du soi-disant syphilome ano-rectal. (*Bull. Association Dermat.*, 1920.)
- Etiologie du soi-disant syphilome ano-rectal éclairé par la réaction de Frei. (*Ann. Dermat.*, 1930.)
- KALZ. — Rekonvaleszenteserum beim lymphogranulomâ inguinalis. (*Dermat. Wochenschrift*, 17 décembre 1932.)
- KLEEBOERG. — (*Réunion Dermat. de Strasbourg*, mars 1931) et (*Derm. Woche.*, 13 septembre 1930.)
- LAPORTE (M.). — Contribution à l'étude du traitement des bubons inguinaux suppurés par l'électrocoagulation. (Thèse de Paris, 1931.)
- LAEDERICH et MAMOU. — Les formes atypiques de la Maladie de Nicolas-Favre. (*Revue critique de pathologie et thérapeutique*, décembre 1932.)
- LEJARS. — Le bubon strumeux de l'aîne. (*Presse Médicale*, 1894.)
- LEPINAY. — Trois cas de Maladie de Nicolas-Favre, traités et guéris par la chrysothérapie. (*Maroc Méd.*, août 1931.)
- LEVADITI, RAVAUT, LÉPINE et Mlle SCHOEN. — Sur les propriétés d'un virus pathogène pour le singe, présent dans certains bubons vénériens de l'homme. (*Bull. Soc. Biol.*, 1931.)
- Recherches expérimentales sur l'étiologie et la pathogénie de la Maladie Nicolas-Favre. (*Acad. Méd.*, 17 nov. 1931.)
- Etude étiologique et pathogénique de la Maladie de Nicolas-Favre. (*Ann. de l'Institut Pasteur*, janvier 1932.)
- LEVADITI, RAVAUT et CACHERA. — L'épreuve de la nature lymphogranulomateuse de la maladie expérimentale du singe. (*Bull. Soc. Derm.*, 10 décembre 1931.)
- LEVADITI, RAVAUT et SCHOEN. — Réceptivité de la souris à l'égard du virus de la maladie de Nicolas-Favre. (*Bull. Soc. Biol.*, 23 janvier 1932.)
- Propriétés virulicides du sérum des sujets atteints de lymphogra-

- nulomatose. Utilisation de la souris comme animal test. (*Bull. Soc. Biol.*, 23 avril 1932.)
- LEVADITI, MARIE et LÉPINE. — La réalisation expérimentale de l'adénopathie du type de la Maladie Nicolas-Favre. (*Bull. Soc. Derm.*, 9 juill. 1931.)
- L'HARDY. — L'adénopathie subaiguë simple de l'aine, à foyer purulent intraganglionnaire. (Thèse de Paris, 1894.)
- MAISLER. — Les injections intraveineuses d'antigène lymphogranulomateux au cours de la Maladie Nicolas-Favre. (Thèse de Paris, 1933.)
- MAMOU. — Maladie de Nicolas-Favre conjugale. Intolérance au traitement stibié. (*Bull. Soc. Derm.*, juin 1932, p. 708.)
- MARION et GANDY. — L'adénite subaiguë de l'aine à foyer purulent intraganglionnaire. (*Arch. Générales de Méd.*, 1901.)
- NATHAN et BELOT. — Le rôle de la radiothérapie dans le traitement de la lymphogranulomatose inguinale subaiguë. (*Troisième Congrès International de Radiologie*, juillet 1931.)
- NÉLATON. — De l'adénite subaiguë de l'aine à foyer purulent intraganglionnaire. (*Semaine Méd.*, 1890.)
- NICOLAS, FAVRE et LEBEUF. — Traitement de la lymphogranulomatose inguinale. (*Les Nouvelles thérapeutiques*, 28 mai 1932.)
- NICOLAS. — Maladie de Nicolas-Favre. Notions récentes sur son étiologie, diagnostic et traitement. (*Arch. Derm. et Syph., Hôp. Saint-Louis*, juin 1931.)
- NICOLAS et FAVRE. — Traitement radiothérapique de la Maladie de Nicolas-Favre. (*Soc. Biol.*, 4 juillet 1921.)
- NICOLAU. — Traitement de la Maladie de Nicolas-Favre. (*Klin. Wochen.*, 30 juillet 1932.)
- PAUTRIER. — Les formes à suppuration large de la Maladie de Nicolas-Favre. (*Bull. Soc. Derm.*, Strasbourg, 8 mars 1931.)
- PHYLACTOS. — Lymphogranulomatose des ganglions inguinaux. Ulcère vénérien adénogène. Ses rapports avec le bubon climatique. (Thèse, Lyon 1922.)
- PINARD et ANDRÉ. — A propos du traitement de la Maladie de Nicolas-Favre par les injections intraganglionnaires de glycérine. (*Bull. Soc. Derm.*, juin 1932.)
- PETGES, DAVID-CHAUSSÉE et A. PETGES. — Traitement de la Maladie de Nicolas-Favre par les injections intraveineuses de sulfate de cuivre ammoniacal. (*Bull. Soc. Derm. Réunion. Derm. de Lyon*, juin 1929.)
- ROST. — Bubon climatique. (*Arch. Für Schiffs mit trop. hygiene*, Leipzig, 1912) ; (*The Lancet*, 7 décembre 1912.)
- RAVAUT (P.). — Le traitement de l'affection dite « lymphogranulo-

- matose subaiguë » par les injections d'émétine. (*Soc. Méd. Hôp. Paris*, 10 juin 1921.)
- RAVAUT et SCHEIKEVITCH. — (*Soc. Méd. Hôp.*, mars 1921.)
- RAVAUT, BOULIN et RABEAU. — Etude sur la poradénolymphite. (*Ann. Derm.*, août 1924.)
- RAVAUT. — La suppression des indurations veineuses, consécutives aux injections de solution iodo-iodurées par l'adjonction d'hyposulfite de soude. (*Ann. Derm.*, 1929, p. 739.)
- RAVAUT et Mlle LANDOWSKI. — Le drain diathermocoagulant dans le traitement des bubons de l'aine. (*Bull. Assoc. Derm.*, 12 décembre 1929.)
- RAVAUT, SÈNÈQUE et CACHERA. — Réaction de Frei positive chez une malade atteinte d'anexite et de rétrécissement du rectum avec fistules. (*Bull. Soc. Derm.*, décembre 1931.)
- RAVAUT et DUCOURTIOUX. — Technique des injections intraveineuses de sérum antigonococcique. (*Ann. Derm.*, 1927.)
- RAVAUT, LÉPINE, SCHOEN et CACHERA. — (*Académie de Méd.*, 26 janvier 1932.)
- RAVAUT et CACHERA. — Les acquisitions récentes sur la Maladie de Nicolas-Favre. (*Paris-Médical*, 4 juin 1932.)
- RAVAUT, LEVADITI et MAISLER. — Les injections intraveineuses d'antigène lymphogranulomateux. (*Bull. Soc. Franç. Derm.*, juillet 1932.)
- RAVAUT, LEVADITI, LAMBLING et CACHERA. — La présence de virus de la Maladie de Nicolas-Favre dans les lésions d'une malade atteinte d'anorectite ulcéro végétante. (*Bull. Acad. Méd.*, 19 janvier 1932.)
- RAVAUT. — (*Arch. Dermato-Syphiliographiques de l'Hôpital Saint-Louis*, juin 1933.)
- SÈNÈQUE. — La Maladie de Nicolas-Favre. (*Tribune Méd.*, 7 juillet 1932.)
- Reclites inflammatoires et sténose rectale. (*Bull. et Mémoires de*
- Maladie de Nicolas-Favre et rétrécissement du rectum. (*Presse Méd.*, n° 2, 6 janvier 1932.)
- *Idem.* (*Idem*, 7 mars 1934.)
- SÉZARY et LÉNÈGRE. — Le traitement de la Maladie de Nicolas-Favre par l'antimoine. (*Bull. Soc. Derm.*, juillet 1932.)
- TOURAINÉ et AUBRUN. — Maladie de Nicolas-Favre et salicylate de soude. (*Bull. Soc. Derm.*, 14 décembre 1933.)
- TENORIO PRIETO. — La enfermedad de Nicolas-Favre y sus tratamientos por los compuestos organicos de antimonio. (*Revista Medica de Colombia*, février 1932.)
- VELPEAU. — Article « Adénite », dans le *Sictionnaire* de Sechambre, 1865.)

